

S.I.en

Ophtalmologie

Section : Infirmier Polyvalent S4

Année Universitaire 2015-2016

***Objectifs pratiques et communications**

- Préparer le malade et le matériel pour:
 - Un fond d'œil
 - Un test à la fluorescéine
- Prendre la tension oculaire
- Mesure de l'acuité visuelle
- Assurer les soins infirmiers chez un malade présentant une affection oculaire
- Informer, éduquer et orienter les patients en fonction de leur pathologie

***Schéma du cours**

Liste des fiches techniques:

- Préparer le malade et le matériel pour:
 - Un fond d'œil
 - Un test à la fluorescéine
- La tension oculaire
- L'acuité visuelle
- Le lavage oculaire
- Assurer les soins infirmiers chez un malade présentant une affection oculaire et pansement de l'œil puis: Informer, éduquer et
- orienter les patients en fonction de leur pathologie.

Préparer le malade pour fond d'œil (F.O.)

I- Définition:

C'est un examen direct de la rétine à l'aide d'un ophtalmoscope; ou biomicroscope « lampe à fente » ; on peut ainsi observer la circulation rétinienne qui est le reflet de la circulation cérébrale et générale.

II- Indication:

Le fond d'oeil est particulièrement utile au cours de la maladie diabétique, de l'insuffisance rénale, de l'hypertension artérielle, des problèmes vasculaires cérébraux, au cours de la maladie amyloïde entre autres

- Examen systématique chez tous sujets présentant des troubles oculaires.
- Exploration des artères rétinienne au cours des maladies s'accompagnant ou pouvant se compliquer de:
 - HTA
 - Néphropathie
 - Diabète
 - Insuffisance cardiaque
- Rechercher une HT Intracrânienne:
 - Avant une PL
 - Affection neurologique (méningite, hémiplegie, coma, épilepsie)
 - Traumatisme -crânien.

III- Rôle infirmier:

a- Préparation du malade:

- Expliquer au patient le déroulement du soin pour qu'il coopère et qu'il va avoir une vision trouble pendant quelques heures et ne pas le laisser partir seul dans la rue "risque d'accident"
- L'examen est indolore.
- Mesurer l'acuité visuelle et la tension oculaire avant l'instillation de mydriatique.
- Si le malade a une TO ou la mesure est élevée, lui dire qu'il va avoir une dilatation peut être douloureuse et avertir le médecin du résultat.
- La dilatation est faite rapidement de préférence avec par exemple le skiakol ou mydriaticum vu la durée minime de la mydriase causée par ces mydriatiques.
- Le patient est sur une chaise ou sur le lit.

b- Préparation du matériel:

- *Les collyres: Atropine1%, Néosynéphrine 5 ou 10%, Mydriaticum, Skiakol.
- *Coton

- *Haricot
- * la lampe à fente « biomicroscope » ou L'ophtalmoscope qui est un appareil composé de miroir et lentille qui permet d'observer les milieux transparents de l'œil; ses miroirs font des grossissements 13 à 14 fois.
- *Le dossier ou le carnet du patient
- *Une source de lumière pour contrôler la dilatation
- *De quoi écrire

NB:

- Il faut savoir que la dilatation de la pupille, n'est pas praticable en cas de glaucome « à angle étroit »,
- Entraîne un flou visuel qui demeure gênant pendant les quelques heures qui suivent l'examen.
- Aussi est-il déconseillé au patient de conduire un véhicule juste après un examen du fond d'œil.
- Contre indiquée si trauma crânien risque d'empêcher de dépister la mydriase

Conclusion:

Le FO est un examen précieux souvent pratiqué car il apporte des renseignements dans de multiples affections tant générales que locales et donne à la fois des éléments de diagnostic, de pronostic et permet de suivre l'évolution de différentes aff

INDICATIONS

L'examen du fond d'œil, pratiqué systématiquement lors de tout examen ophtalmologique complet, est indiqué pour établir le diagnostic des affections de la rétine et de celles de la choroïde (membrane accolée à la rétine). Il permet également d'observer la vascularisation rétinienne, qui peut être modifiée par de nombreuses maladies.

TECHNIQUE

L'examen est effectué par deux types d'appareil : un ophtalmoscope, avec ou sans interposition d'une lentille fortement convergente, ou un biomicroscope (lampe à fente), ce dernier nécessitant d'interposer devant l'œil une lentille de contact ou un verre d'examen (verre à trois miroirs). L'ophtalmoscope sert à examiner le pôle postérieur de l'œil (centre de la rétine, papille et macula), tandis que le verre à trois miroirs est utilisé pour examiner la périphérie rétinienne en cas de risque de décollement de la rétine. Une dilatation pupillaire préalable peut être provoquée au moyen de collyres mydriatiques afin de permettre une vision plus large. Si elle n'est pas nécessaire pour l'examen du pôle postérieur de l'œil, elle est néanmoins souvent pratiquée ; elle est indispensable pour l'examen de la périphérie rétinienne. Le fond d'œil est divisé artificiellement en quatre régions, ou quadrants, afin de faciliter la localisation des éventuelles anomalies

constatées. Une fois la dilatation effective, l'examen ne dure pas plus de 3 minutes par œil.

IV.-

Le fond d'œil permet de mettre en évidence:

1-L'aspect normal:

Coloration variable (rouge, rose ou brun)

2-Dans l'HTA:

On distingue une classification de 4 stades:

SI- La paroi artérielle est épaissi, artère brillante et cuivré, les veines turgescentes (qui se gonflent).

SII- veines apparaissent comme écrasées par les artères qui les croisent (signe de croisement) on réalité elles sont refoulés dans la profondeur de la rétine.

SIII- hémorragie papillaire en flammèche (**Parcelle de matière embrasée qui s'élève d'un foyer**) ou en plaque et des exsudats (**Liquide séreux ou fibrineux extravasé au cours d'un processus inflammatoire.**) sous forme de taches flous ou floconneuses.

SIV- œdème papillaire localisé à son pourtour ou étendu à toute la papille, à ce stade le patient risque de devenir aveugle. L'examen doit être complété par La TO.

3- Dans l'insuffisance cardiaque:

On peut voir une dilatation veineuse et même un œdème de la papille en cas d'HT Veineuse "si le fond d'œil est anormal dans l'insuffisance cardiaque droite".

4- Dans les néphropathies:

Il peut situer la gravité de la néphropathie (chronique, aiguë ou gravidique: qui juge la sévérité de la néphrite qui est un élément de d'interrompre ou provoque l'accouchement prématuré.

5- Dans le diabète:

Le fond d'œil est élément important de dépister l'existence et de surveillance de l'évolution d'une rétinopathie diabétique qui peut aller jusqu'à la cécité totale.

On distingue 6 stades:

SI- Dilatation segmentaire des veines et troubles pigmentaires

SII- micro anévrisme (**Poche formée par les parois altérées d'une artère ou du cœur.**)et exsudat.

SIII- Petites hémorragies profondes ou superficielles et exsudat confluent.

SIV- Altération des gros vaisseaux, tronc veineux avec irrégularité de calibre, bande veineuse, sclérose des artères sont souvent associés.

SV- Néof ormation de bouquet capillaire hémorragique pré rétinienne, rétinite proliférante.

SVI- Stade terminal qui n'est pas spécifique au diabète:

Dégénérescence rétinienne, Décollement rétinien, Glaucome.

(Un diabétique peut parfaitement présenter une autre rétinopathie soit

associée avec la rétinopathie diabétique soit même isolée (le plus souvent une HTA ou atteinte cardiovasculaire)).

6- Dans les affections neurologique:

Le FO est pratiqué pour rechercher une stase capillaire signe d'HT Intracrânienne qui elle-même un signe faveur d'une tumeur cérébrale.

7- Dans les méningites tuberculeuses: Permet de mettre en évidence des tubercules de Bouchet (**Lésion blanchâtre élémentaire de la tuberculose.**).

8- Dans les hémopathies:

***Les leucoses aigue:** le FO montre dans certain cas les hémorragies péri papillaires et péri rétiniennes un aspect particulier.

***leucoses chroniques:** pour chaque type de leucémie en particulier la lymphoïde chronique (**Qui se rapporte aux ganglions lymphatiques. Organe lymphoïdes : ganglions lymphatiques, amygdales, follicules clos de l'intestin, rate et thymus.**).

Il montre ce FO: hémorragie, exsudat, rétine décolorée.

9- Dans les affections oculaires:

Le FO apporte des éléments de diagnostic par exemple:

Décollement de la rétine.

Tumeur vasculaire de la rétine.

Thrombose de l'artère centrale de la rétine.

Thrombose veineuse (**Formation de caillots dans un vaisseau sanguin, chez un être vivant.**)

Rétinites infectieuses.

Fond d'oeil OVCR et OACR: **OVCR et OACR**

Oedème papillaire et/ou rétinien

Veines dilatées tortueuses

Cotonneux nodules

Rétiniennes hémorragies en flammèches

Oedème rétinien dans le territoire de l'ischémie

Artères grêles filiformes

Cerise Rouge macula

Rétine pâle dans le territoire de l'ischémie

Test à la fluorescéine

I- Définition:

C'est une technique qui permet l'étude des signes physiques de la cornée à l'aide d'un colorant artificiel "fluorescéine".

II- Indication:

Orienté le diagnostic ou le suivi des ulcères de la cornée dans les kératites infectieuses ou traumatiques ou étudier l'état de la rétine.

III- Contre indication:

L'utilisation de ce produit est absolument contre-indiquée en cas d'antécédent d'allergie connue à la fluorescéine.

IV- Rôle infirmier:

a- Préparation du malade:

Il est difficile de voir l'ulcère de la cornée à l'œil nu; il faut avoir recours à la fluorescéine.

- Expliquer au patient le déroulement du soin pour qu'il coopère.
- Le malade est en position assise confortablement sur une chaise.
- Sortir la bandelette de son emballage et verser dessus une de larme artificielle sur le bout jaune ; (faite attention ce colorant est très tachant donc, gare à vos doigts et vêtements; mais surtout ceux du patient.
- Placer la bandelette au cul de sac ou instiller quelques gouttes de fluorescéine dans le cul de sac conjonctival,
- Laver l'œil au sérum ou l'eau stérile.
- Placer le patient au biomicroscope devant le médecin; tenir la tête du patient pendant l'examen et maintenir les paupières ouvertes.

b- Préparation du matériel:

*Le matériel pour l'examen de surface de la cornée comprend:

- Dans un Plateau
- Bandelette plus flacon de larmes artificielles; ou unidose ou multidoses de fluorescéine à 1%.
- Sérum physiologique ou eau stérile
- Antiseptique pour les mains.
- Collyre antiseptique ou traitement prescrit.
- Tampons de coton stériles
- Haricot

- Biomicroscope (lampe à fente)
- Chaises pour le médecin et le patient
- Le dossier ou le carnet du patient
- De quoi écrire.

L'angiographie :

Synonyme : angiofluorographie Examen radiologique qui permet de visualiser les vaisseaux de la rétine et de la choroïde, après utilisation d'un produit de contraste que l'on injecte dans le courant sanguin.

Définition :

L'angiographie est un examen qui explore l'intérieur des vaisseaux (lumière) pour y déceler d'éventuelles lésions comme une sténose (rétrécissement secondaire à un dépôt d'athérome = dépôt de lipides sur les parois artérielles), un anévrisme (dilatation des artères dans une zone bien délimitée), ou l'occlusion d'un vaisseau par un caillot sanguin ou graisseux, entre autres.

Technique

On utilise, pour visualiser la rétine et la choroïde (et plus particulièrement leur vascularisation), un produit fluorescent, la fluorescéine (fluorescéinate de sodium), ou quelquefois parfois un autre produit : le vert d'indocyanine. Grâce à cet examen, il est possible d'effectuer une analyse précise des anomalies circulatoires de la rétine.

Avant l'injection, l'ophtalmologiste procède à un examen du fond d'œil et à la prise de différents clichés.

Une fois l'injection effectuée, le colorant est transporté à travers le courant sanguin dans le réseau artériel et veineux de la rétine.

Le déroulement de l'examen ne nécessite pas d'hospitalisation, c'est-à-dire qu'il peut se réaliser en ambulatoire. La dilatation préalable des pupilles est indispensable à sa réalisation. Pour cette raison, il est conseillé aux patients devant subir cet examen de venir soit accompagnés soit en transport public pour se rendre chez le spécialiste. En effet, le retour seul au domicile est contre-indiqué en raison de l'incapacité du patient à conduire son véhicule.

Chez certains patients, il faudra parfois envisager la prise de médicaments pour éviter les effets secondaires susceptibles de survenir après l'injection de la fluorescéine (réaction allergique notamment).

La fluorescéine injectée est indolore sauf, bien entendu, si le colorant passe à côté de la veine, ce qui ne doit pas inquiéter le patient, et qui est sans gravité.

L'ensemble de l'organisme va prendre une couleur jaunâtre, les parties visibles comme la peau permettront de mettre en évidence cette coloration.

Le blanc de l'oeil et les muqueuses seront également colorées. Ceci survient quelques minutes après l'injection mais disparaît complètement au bout de six heures environ. Le patient doit également être prévenu que ses urines auront une coloration jaune brunâtre pendant vingt-quatre heures environ. Enfin, les selles seront vertes en cas d'utilisation du vert d'indocyanine pour effectuer l'examen.

Indications :

Cet examen est un moyen irremplaçable pour connaître les anomalies des vaisseaux et secondairement celles de la rétine. Il est particulièrement utile pour établir le diagnostic et le traitement de certaines maladies de l'œil. Il permet de guider le traitement, surtout quand celui-ci nécessite une photo coagulation au laser. La rétinopathie secondaire à un diabète ou à une dégénérescence de la rétine est révélée par une angiofluorographie.

Effets secondaires possibles

- Nausées.
- Vertiges, voire malaise devant disparaître après avoir allongé le patient.
- Vomissements susceptibles de survenir une à deux minutes après l'injection mais disparaissant en quelques secondes.
- Prurit (démangeaison).
- Réaction allergique avec choc anaphylactique. Parfois, un contact ultérieur avec cet allergène provoque une réaction violente. Ceci s'appelle un choc anaphylactique, il se traduit essentiellement par une insuffisance circulatoire aiguë pouvant entraîner la mort. Des troubles respiratoires et cutanés peuvent apparaître plus tardivement si l'individu est encore en vie.
- Bronchospasme (diminution de calibre des bronches, entraînant une difficulté à respirer).

Contre-indications:

- Prise de bêtabloquants et de certains autres médicaments
- Antécédents d'allergies, cutanées, respiratoires ou alimentaires.
- En cas de grossesse, il ne faut pas utiliser le vert d'indocyanine
- En cas d'utilisation de la fluorescéine, il existe une excrétion de ce produit dans le lait maternel : pour cette raison, il est conseillé d'interrompre l'allaitement pendant les 2 jours suivant l'examen.
- En ce qui concerne l'indocyanine, les effets liés à l'allaitement ne sont pas connus.

Surveillance:

La fluorescéine parfaitement tolérée par l'œil aucune surveillance n'est nécessaire.

- Mais pour l'angiographie:
- Garder le patient 30mn après l'examen
- La mydriase contre-indique temporairement la conduite de véhicule.
- Une extravasation du produit en dehors de la veine provoque une réaction douloureuse, peut se produire avec nécrose tissulaire.
- Prévenir le patient qu'il aura le teint jaune et urine colorée 48h après l'examen.

PRISE DE LA TENSION OCULAIRE

I- Définition :

La mesure de la tension ou "Le tonus" oculaire est une phase indispensable de la consultation d'ophtalmologie. C'est un examen qui permet de mesurer la tension de l'humeur aqueuse de l'œil.

En moyenne, on considère normale une tension oculaire comprise entre 10 et 21 mmHg. Une tension trop élevée expose au risque de glaucome, maladie qui peut être grave et conduire à la cécité si elle n'est pas découverte à temps.

" Le tonus ou pression régnant à l'intérieur du globe oculaire et qui en maintient les parois tendues".

II- Indication:

Elle est indiquée:

- Systématiquement en consultation ophtalmologique quelque soit la raison de cette consultation.
- Dépistage précoce de glaucome.
- Œil rouge douloureux.
- Céphalées
- Avant une intervention à globe ouvert.

III- Matériel:

Dans un petit plateau :

- Novésine 0,40% collyre
- « Fluorescéine 1%. »
- Coton
- Lampe à alcool

Tonomètre de schiotz Ou Lampe à fente (+papier pour le mentonnière) et 2 chaises.

Dossier du malade

De quoi écrire

IV- Technique:

Expliquer au patient le déroulement du soin pour qu'il coopère. La mesure de la tension oculaire est indolore. Elle dure quelques

secondes et se fait avec un appareil automatique ou manuellement.

*** La méthode manuelle par schiotz ou biomicroscope (lampe à fente:**

- Le patient est allongé sur le lit ou table d'examen pour l'examen au schiotz et sur la chaise au biomicroscope.
- On instille d'abord une goutte de collyre d'anesthésie (novésine 0.40%). Certains collyres piquent les yeux et font pleurer pendant quelques secondes, dans ce cas il faut essuyer le sur plus sur la joue.
- Il ne doit donc ni cligner des paupières ni bouger pendant la mesure.
- Avec un éclairage de couleur bleue, normalement on applique sur la surface de l'œil un petit dispositif en plastique de forme conique.
- La mesure se lit sur un appareil incorporé au biomicroscope (tonomètre d'aplanation).
- Pendant la mesure, il faut lutter contre le réflexe de reculer la tête.
- Mais avec une bonne mise en confiance, on peut même prendre la tension aux enfants dès 3 ou 4 ans mais c'est très difficile.
- Pour éviter la transmission de maladies entre deux personnes, les instruments qui ont été en contact avec des yeux sont désinfectés après chaque patient (le flambage est possible pour le schiotz).
- Il existe des règles à suivre pour la désinfection. On dispose même de petits préservatifs à usage unique dont on peut recouvrir le cône avec lequel on prend la tension, avant de l'utiliser.

***Pour mesurer la tension par appareils automatiques:**

- **Les appareils automatiques** envoient un petit jet d'air sur l'œil. Cela surprend souvent le patient, même s'il est prévenu.
- L'avantage est qu'il n'est pas utile d'instiller des collyres avant la mesure, et qu'il n'y a pas de contact entre l'œil et l'appareil. Chez les personnes qui ont du mal à ne pas bouger, cette méthode peut être plus facile que la méthode manuelle.
- Les appareils sont de plus en plus sophistiqués et donc de plus en plus fiables. Mais quand le médecin a un doute, il vérifie le résultat par la méthode manuelle.
- D'autres méthodes sont utilisées plus rarement, par exemple lorsqu'il faut prendre la tension oculaire chez un patient au bloc opératoire ou chez un petit enfant.

V- Incidents et accidents:

- Malposition du malade
- Traumatisme de la cornée par agitation du patient

- Anxiété du patient.
- Pression des paupières, insuffisamment ouverte
- Pression des doigts de l'examineur sur le globe
- Interposition d'un cil ou fil entre tonomètre et globe.
- Anesthésie insuffisante
- Tonomètre mal centré sur la cornée peut fausser le résultat.
- Mauvaise interprétation
- Défaillance du Tonomètre lui-même.

VI- Surveillance:

- Une tension oculaire trop élevée fait courir un risque de glaucome.
- Il est indispensable de faire contrôler régulièrement sa tension oculaire.
- La tension oculaire du même patient peut être variable au cours de la journée, il arrive que le médecin demande une courbe de tension. Elle peut se pratiquer lors d'une courte hospitalisation de 24 heures au cours de laquelle la tension est mesurée régulièrement, par exemple toutes les deux heures. On constate ainsi parfois qu'à certaines heures la tension est trop élevée.
- Signaler au patient les troubles passagers de la vision dues aux anesthésiques.

MESURE DE L'ACUITE VISUELLE

I- Définition:

C'est une technique qui consiste à mesurer la perception de la plus petite taille de signe possible avec des conditions de lumière diurne normales.

(Le champ visuel ou perception périphérique, qui nous aide à nous déplacer en toute facilité. L'acuité visuelle normale est de 10/10 (6 en mètres) et le champ visuel normal est de 180 degrés)

L'acuité visuelle à (5 à 6 mètres) sans correction :

- On parle de 10/10^{ième} pour une acuité dite "normale".
- Pour 3/10^{em} il s'agit d'une acuité visuelle "faible".
- Pour supérieur à 10^{em} il s'agit d'une très bonne acuité visuelle.

II-Indications:

- Mesure de l'acuité visuelle (AV) : début de tout examen de la vue
- Indications médico-légales
- Médecine de travail (Recrutement)
- Baisse de la vision premier motif en consultation ophtalmologique
- Hygiène scolaire
- Avant et après une intervention chirurgicale oculaire.
- Pour l'obtention du permis de conduire.
- Les personnes normales doivent contrôler l'acuité visuelle une fois tous les 2 ans ou en cas de trouble visuelles.
- A partir de 60 ans tous les ans.

III- Matériel nécessaire:

- Échelle de Snellen à lettres multiples
- Échelle de Snellen avec des E ou C directionnels ou échelle avec des illustrations pour les patients qui ne peuvent pas lire ou parler, Projecteur de test ou tableau lumineux ou échelle d'acuité visuelle (Monture d'essai réglable, Des lettres, Des chiffres, Des images (des illettrés), Des formes géométriques, Anneau de Landolt, Test de lecture de près de Parinaud)
- Cache-œil simple

- Trou sténopéique
- Lampe de poche
- Dossier ou fiche du patient.

IV- Méthode:

- S'assurer que l'échelle de Snellen est bien éclairée (lumière naturelle ou artificielle)
- Expliquer la procédure au patient
- Nettoyer et sécher le cache-œil et le trou sténopéique. Si vous ne disposez pas d'un cache-œil, demandez au patient de se laver les mains puis de se couvrir l'œil avec la main, un œil après l'autre
- Tester chaque œil séparément; commencer par l'œil droit et s'assurer que le patient a bien compris ce qu'on lui demande de faire
- Positionner le patient, assis ou debout, à 6 mètres de l'échelle de Snellen
- Demander au patient de porter ses lunettes pour voir de loin, le cas échéant, de couvrir un œil avec sa main et de lire l'échelle en commençant par les caractères les plus grands
- La ligne présentant les caractères les plus petits que le patient peut lire (qui correspond à son AV) sera exprimée sous la forme d'une fraction, par exemple 6/18 (que l'on convertit ensuite en 3/10 si on exprime l'AV en dixièmes; voir Tableau 1 pour les équivalences). Cette fraction est généralement reproduite sur l'échelle. Le numérateur de cette fraction (soit 6) indique la distance (exprimée en mètres) qui sépare le patient de l'échelle, alors que le dénominateur (soit 18) indique la distance (en mètres) à laquelle une personne sans déficience visuelle doit être capable de voir la ligne en question
- Reporter, pour chaque œil, l'AV du patient dans son dossier, en précisant si celle-ci a été mesurée avec ou sans correction (lunettes). Toujours rapporter l'AV de l'œil droit en premier. Par exemple :

$$\text{AV œil droit} = 6/18 \text{ avec correction}$$

$$\text{AV œil gauche} = 6/24 \text{ avec correction}$$
- Si le patient ne peut pas lire la plus grosse lettre (sur la ligne la plus haute) à la distance de 6 mètres, lui demander de se rapprocher de l'échelle, mètre par mètre, jusqu'à ce qu'il puisse reconnaître cette lettre. L'AV sera alors de 5/60 (si le patient se tient à 5 mètres), ou bien de 4/60 si le patient reconnaît la lettre à 4 mètres, et ainsi de suite
- Si le patient ne peut pas lire la lettre du haut à une distance de 1 mètre (1/60), placer votre main à des distances variables inférieures à 1 mètre et noter si le patient peut en compter les doigts. L'AV est alors traduite sous la forme « compte les doigts », soit : AV = CLD

- Si le patient ne peut pas compter les doigts, faire des mouvements de la main et vérifier si le patient les voit. L'AV est alors traduite sous la forme « mouvements de la main », soit : AV = MDM
- Si le patient ne perçoit pas les mouvements de la main, diriger le faisceau d'une lampe de poche vers son œil, d'abord bien en face, puis dans les quatre directions cardinales : en haut, en bas, à droite, et enfin à gauche. En fonction des réponses, noter sur la fiche du patient le quadrant où la perception lumineuse (PL) est perceptible (PL+) ou non (pas de PL ou PL-). Soit par exemple :

$$AV OD = \begin{array}{c|c} PL- & PL- \\ \hline PL- & PL- \end{array} \quad AV OG = \begin{array}{c|c} PL+ & PL- \\ \hline PL+ & PL- \end{array}$$

- Si le patient n'a pas une vision normale (6/6), reprendre l'examen pour chacun des deux yeux, en utilisant le trou sténopéique (TS) et en gardant la correction optique existante ; répéter les manœuvres décrites plus haut à la distance de 6 mètres de l'échelle de Snellen. Le test du trou sténopéique permet d'évaluer la vision centrale
- Si la vision est alors améliorée, cela signifie que la déficience visuelle est due à une amétropie, qui pourra être améliorée et corrigée par des verres correcteurs
- Répéter cette manœuvre pour le deuxième œil
- Reporter les résultats de l'AV (des deux yeux) sur la fiche du patient, par exemple :

AV OD = 6/24 avec lunettes, 6/6 avec TS

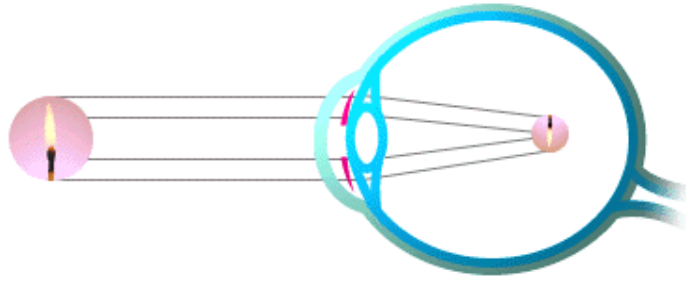
AV OG = PL -

Lorsque l'échelle de Snellen avec des E ou C directionnels est utilisée:

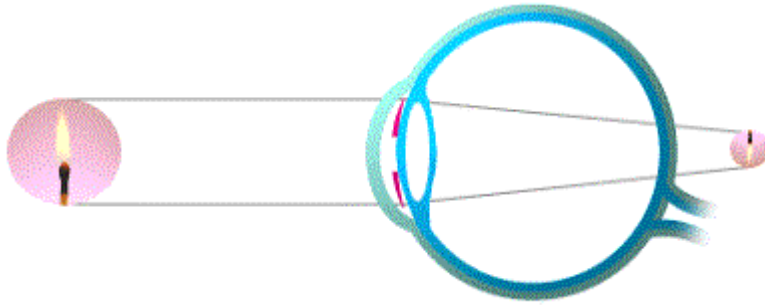
- Montrer du doigt chaque caractère (optotype) sur les différentes lignes de l'échelle et demander au patient dans quelle direction pointe la partie ouverte de l'optotype
- Suivre exactement la méthode de mesure et d'enregistrement décrite plus haut.



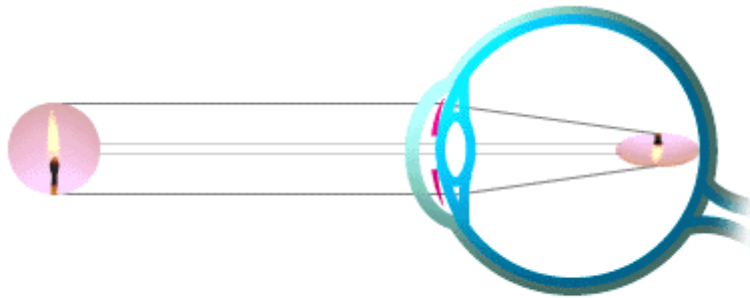
Trou sténopéique



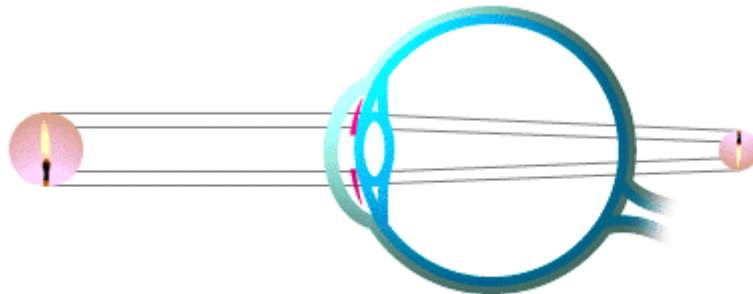
La myopie "Le foyer image F' est situé en avant de la rétine"



L'hypermétropie "Le foyer image est en arrière de la rétine."



Il y a une déformation de l'image par rapport à l'objet. "L'astigmatisme" En fait, un œil astigmatique présente des anomalies de courbure cornéenne.



La presbytie "Formation de l'image en arrière de la rétine."

Une amétropie: "(myopie ou hypermétropie Anomalie de la réfraction de l'œil qui en l'absence d'accommodation est caractérisée par un manque de mise au point sur la rétine des objets situés à l'infini. Ces objets sont vus comme flous).

Emmétropie (vision normale monoculaire) : On appelle emmétrope un œil dont le punctum remotum est situé à l'infini. Dans ce cas, le point focal se situe exactement sur la rétine. Le diamètre (env. 24 mm) et la puissance ($D_{\text{œil}} = +59 \text{ dpt}$) de l'œil qui regarde à l'infini sont parfaitement adaptés l'un à l'autre."

Amblyopie : baisse de l'acuité visuelle uni ou bilatérale allant de $4/10^{\text{ème}}$ à $1/20^{\text{ème}}$. Il existe l'amblyopie organique due à des malformations, des infections, etc.. et l'amblyopie fonctionnelle qui est une baisse d'acuité visuelle inaméliorable par verres, sans lésions apparentes, et dont les lésions ne sont pas proportionnelles à l'importance de la baisse d'acuité. **Aniridie** : absence de l'iris. Congénitale ou après traumatisme. **Aphakie** : absence de cristallin par luxation ou par ablation après opération de la cataracte. **L'aphake** ne peut voir ni de très près ni de très loin.

Diplopie : trouble de la vision binoculaire entraînant un dédoublement des images par paralysie ou mauvaise coordination des muscles moteurs des yeux ou par déplacement du cristallin (plus rare, mais elle est alors monoculaire).

Héméralopie : baisse de la vision crépusculaire (carence de vitamine A, congénitale (rétinite pigmentaire), ou maladie après une trop longue exposition à la lumière traduisant une altération de la fonction des bâtonnets avec gêne notable en vision crépusculaire). C'est l'équivalent de la nyctalopie développée ci-après.

Hémianopsie : disparition de la moitié ou du quart du champ visuel, traduisant une lésion des voies optiques au chiasma (hémianopsie hétéronyme bitemporale ou binasale) et en arrière du chiasma (hémianopsie latérale homonyme et quadrantanopsie).

Kératocône : cornée de forme conique. **Dystrophie** cornéenne progressive le plus souvent bilatérale survenant dans l'adolescence, semble toujours héréditaire, mais tous les porteurs ne développent pas la maladie. Evolution vers l'astigmatisme et la myopie.

Nyctalopie : Mauvaise vision diurne quand la lumière est bonne, vision normale quand la lumière est faible. Cette anomalie est congénitale ou malade.

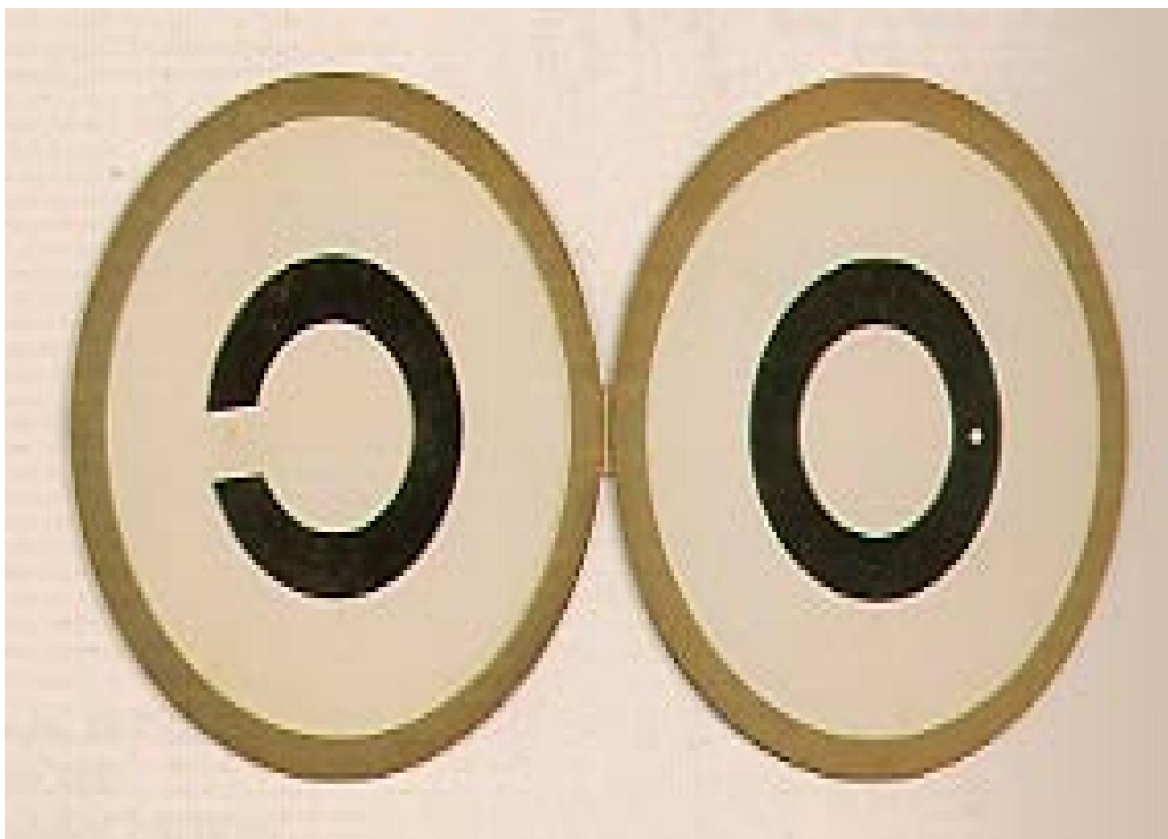
Phosphènes : sensations lumineuses subjectives dues à une excitation de la rétine ou des centres visuels.

Scotome : Lacune dans le champ visuel central ou paracentral. Ilot de dépression de la sensibilité rétinienne, mis en évidence par la périmétrie ou la campimétrie. Le scotome scintillant transitoire est dû à la migraine ophtalmique.

Strabisme : défaut de parallélisme des deux axes visuels dans le regard de loin et de près.

Voile noir des aviateurs : dû à une diminution d'apport sanguin à la rétine sous l'effet de l'accélération.

C'est l'acuité visuelle déterminée par les tests mettant en jeu le pouvoir séparateur rétinien. Les optotypes les plus couramment employés sont l'anneau de Landolt, le E de Raskin et le E de Snellen. Ces optotypes ont en commun une brisure dont le sujet doit reconnaître la position [de l'ouverture](#).



Optotypes simples du Dr Landolt
Daté 1888

LAVAGE DE L'ŒIL

I- Définition:

C'est technique qui consiste à nettoyer le cul de sac conjonctival à moyen d'eau stérile ou de sérum physiologique.

II- Indication:

- Elimination d'un corps étranger, en particulier de produits: (acide des batteries, eau de javel, chaux vive, plâtre, ciment, poussière...)
- Conjonctivite purulente
- Soins pré opératoire.

III- Matériel:

- Sérum physiologique de préférence (ou eau pure, claire vu l'urgence)
- Œillet, seringue de 20cc, énéma)
- Serviette ou alèze
- Compresse, tampon de coton stérile, sparadrap
- Traitement prescrit
- Cupule ou petite cuvette
- Haricot
- Serviette
- Dossier ou carnet de soin du patient
- De quoi écrire.

V- Préparation du malade et Technique:

- Avertir et expliquer le soin au malade.
- Malade sur la chaise.
- Placer serviette au tour du coup
- Faire tenir l'haricot par un aide
- Ecarter les paupières
- Enlever les éventuelles particules s'ils existent
- Présenter l'œillet rempli de sérum physiologique de préférence (ou eau pure, claire) au malade
- Lui demander d'ouvrir l'œil dans l'eau, laisser couler plusieurs litres d'eau.
- Le lavage doit être immédiat, complet, abondant et prolongé.
- On ne saurait trop insister sur l'importance de lavage qui doit être répéter d' 1/4 en 1/4h jusqu'à arriver du spectacle. Seul se lavage

permet de sauver un œil qui serait autrement perdu quelque soit les soins ultérieurs .Si le blessé doit être transféré au service spécialisé pour être examiné par le spécialiste; poser un pansement occlusif stérile sur l'œil ou les yeux atteints.

Noter sur la fiche de liaison l'heure et les circonstances de l'accident ainsi que les soins faits pour bilan des lésions

- Les soins complémentaires et ultérieurement la réparation des séquelles possibles.
- Avant l'examen du spécialiste en se contentera de faire lavage fait, de faire un collyre anesthésique, antibiotique (gentalline) et en fera éventuellement un SAT ou un rappel.

VI- Surveillance:

- Efficacité du lavage (apparition de douleur, rougeur et nécrose conjonctivale.
- Apparition d'un œdème palpébral.
- Persistance de corps étranger à signaler sur la fiche de liaison.
- Signaler et surveiller toute baisse de l'acuité visuelle ou infection.

Complications en cas de brûlures par produits corrosifs:

Epithéliopathie cornéenne persistante

Pannus fibrovasculaire cornéen

Ulcération/perforation cornéenne

Symlépharon, entropion, ectropion, trichiasis

Kératite neurotrophique

Glaucome, cataracte, fonte du globe oculaire.

La cornée est composée de trois couches de cellules et de 2 membranes. De la surface vers la profondeur:

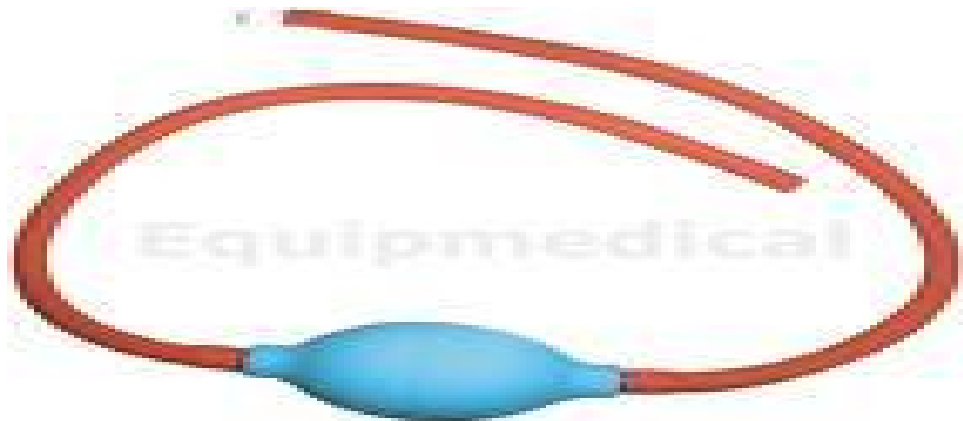
- l'épithélium cornéen, dont les cellules sont régénérées en permanence (il faut une semaine pour renouveler toutes les cellules) ;
- la membrane de Bowman ;
- le stroma cornéen ;

- la membrane de Descemet ;
- l'endothélium cornéen.

C'est un des très rares organes (avec l'épiderme) à ne pas être vascularisé par des capillaires sanguins.

Évolution :

- Dépend de la sévérité des lésions initiales et de la rapidité de mise en œuvre du lavage
- L'ischémie périlimbique et l'opacification cornéenne ne sont pas de bon pronostic.
- Un accident sévère peut conduire à la perte de la vision, ce qui n'est pas exceptionnel.



Soins infirmiers auprès d'un patient opéré d'un glaucome

I- Définition :

Le glaucome est une affection oculaire caractérisée par l'augmentation de la pression des liquides contenus dans l'oeil : hypertension intraoculaire.

Il existe 2 types de glaucome :

- Glaucome à angle ouvert (chronique).
- Glaucome à angle fermé (aigu).

II- SIGNE CLINIQUE

- Diminution du champ visuel.
- Pas de baisse de l'acuité visuelle.

III- TRAITEMENT

- L'évolution est toujours en aggravation, il y a une augmentation du volume jusqu'à l'intumescence et un risque de glaucome aigu par fermeture de l'angle.
- Chirurgie : trabéculéctomie : fistulisation sous-conjonctivale de l'humeur aqueuse.

IV- SOINS INFIRMIERS

Soins pré-opératoires

- Consultation ophtalmologiste.
- Examen oculaire : fond d'œil, tension oculaire, périmétrie (enregistrement du champ visuel)
- Consultation anesthésique : anesthésie générale.
- Prise des constantes.
- Préparation physique : veille et matin douche antiseptique, champ opératoire, perfusion.
- contraction de la pupille une heure avant le bloc. Ne pas dilater.
- Prémédication si besoin. Antibiothérapie chez les diabétiques.

Soins post-opératoires

- Surveillance du pansement et du bon placement de la coque.

- Instillation de collyres : attendre 5-10 minutes entre chaque collyre.
- Nettoyage des cils.
- Surveillance de la douleur, acuité visuelle, sécrétion.

Conseils à la sortie

- Port de lunettes de soleil le jour pour éviter les chocs et protéger d'une clarté trop vive.
- Coque de protection la nuit.
- Lecture et télévision sans excès.
- Ne pas faire d'effort violent.
- Conduite automobile interdite pendant 3 semaines. Transport en commun déconseillé car trop de secousses.
- Eviter de pencher la tête vers le bas car risque de déplacer l'implant (1 semaine envi

Soins infirmiers auprès d'un patient opéré d'une cataracte

I- Définition :

La cataracte est la perte de la transparence du cristallin par une opacification partielle ou totale du cristallin diminuant la vision ou menant à la cécité.

II- SIGNE CLINIQUE

- Baisse de l'acuité visuelle progressive.
- Impression de brouillard, de voile devant les yeux.
- Photophobie, éblouissement.
- Diplopie monoculaire.
- Myopie d'indice.
- Cécité réversible.

III- TRAITEMENT

- L'évolution est toujours en aggravation, il y a une augmentation du volume jusqu'à l'intumescence et un risque de glaucome aigu par fermeture de l'angle.
- Chirurgie : ablation du cristallin remplacé par un cristallin artificiel.
- Complication post-chirurgie : infection, œdème maculaire, décollement de la rétine.

IV- SOINS INFIRMIERS

Soins pré-opératoires

- Consultation ophtalmologiste.
- Examen oculaire : fond d'œil, tension oculaire, échographie, électrorétinogramme.
- Consultation anesthésique : anesthésie locale.
- Temps de saignement.
- Prise des constantes.
- Préparation physique : veille et matin douche antiseptique, champ opératoire, perfusion.

- Dilatation de la pupille une heure avant le bloc.
- Prémédication si besoin. Antibiothérapie chez les diabétiques.

Soins post-opératoires

- Surveillance du pansement et du bon placement de la coque.
- Instillation de collyres : attendre 5-10 minutes entre chaque collyre.
- Nettoyage des cils.
- Surveillance de la douleur, acuité visuelle, sécrétion.
- Traitement des rétentions de liquides (Diamox) pour diminuer la pression oculaire.

Conseils à la sortie

- Port de lunettes de soleil le jour pour éviter les chocs et protéger d'une clarté trop vive.
- Coque de protection la nuit.
- Lecture et télévision sans excès.
- Ne pas faire d'effort violent.
- Conduite automobile interdite pendant 3 semaines. Transport en commun déconseillé car trop de secousses.
- Eviter de pencher la tête vers le bas car risque de déplacer l'implant (1 semaine environ).
- RDV : le j. date. h. et lieu.

Soins infirmiers auprès d'un patient opéré d'un décollement de la rétine

I- Définition :

Le décollement de la rétine est une séparation anatomique entre la rétine sensorielle et l'épithélium pigmentaire situé en arrière de celle-ci.

II- SIGNE CLINIQUE

- Baisse de l'acuité visuelle si décollement total.
- Amputation du champ visuel si décollement partiel.
- Perception de petites mouches volantes.
- Petites taches noires qui sont le signe du saignement de la rétine une fois déchirée.
- Pas de rougeur, pas de douleur.

III- TRAITEMENT

Chirurgie : ablation du cristallin remplacé par un cristallin artificiel.

IV- SOINS INFIRMIERS

Soins pré-opératoires

- Consultation ophtalmologiste.
- Examen oculaire : fond d'œil, tension oculaire, échographie, électrorétinogramme.
- Consultation anesthésique : anesthésie locale.
- Temps de saignement.
- Prise des constantes.
- Préparation physique : veille et matin douche antiseptique, champ opératoire, perfusion.
- Prémédication si besoin. Antibiothérapie chez les diabétiques.

Soins post-opératoires

- Surveillance du pansement et du bon placement de la coque.
- Instillation de collyres : attendre 5-10 minutes entre chaque collyre.
- Nettoyage des cils.
- Surveillance de la douleur, acuité visuelle, sécrétion.

Conseils à la sortie

- Lecture et télévision sans excès.
- Ne pas faire d'effort violent.
- Conduite automobile interdite pendant 3 semaines. Transport en commun déconseillé car trop de secousses.
- Respecter les positions et leur durée déterminées par le chirurgien pour une bonne cicatrisation de la rétine.

Pansement oculaire en général

I- Définition :

C'est un acte paramédical qui consiste à protéger l'œil des agressions extérieures en post opératoire.

II- Buts :

- Protection de l'œil en post-opératoire ou traumatique
- Prévention de l'infection oculaire.

III- Matériel :

- Plateau stérile
- Gants
- Antiseptique (alcool à 70°)
- Sérum physiologique
- Compresses oculaires stériles et coton stérile
- Sparadrap pour peau sensible
- Coque en plastique.
- Collyre ou pommade ophtalmique selon la prescription médicale

IV- Technique:

- Prévenir le patient
- Se laver les mains
- Nettoyer l'œil.
- Déposer une goutte de collyre ou autre dans le cul de sac de la paupière inférieure
- Faire fermer la paupière pour la pénétration du produit
- Déposer une compresse sur la paupière et la maintenir avec le sparadrap
- Pour la nuit ou pour les personnes qui risquent de souiller le pansement, mettre une coque en plastique sur le pansement et la maintenir avec le sparadrap.
- Se laver les mains et ranger le matériel.
- Transmissions (inscrire le soin).

Quel que soit la pathologie l'IDE doit :

- Surveiller l'efficacité du traitement par les contrôles périodiques et respecter la date des rendez vous.
- Surveiller l'évolution, expliquer l'importance de suivre les conseils du médecin traitant.

Suivre une hygiène individuelle.

ROLE INFIRMIER DANS LES SOINS ET IEC EN FONCTIONS DE LEUR PATHOLOGIE:

I- En consultation ophtalmologique:

- Accueil convenable
- Interrogatoire sur la cause de la visite
- Constantes: (inspection, AV, TO, Référer le patient au médecin, Faire une dilation oculaire si le médecin la demande, faire les soins ou orienter le patient pour faire sans bilan sanguin ou Rx pour une éventuelle hospitalisation, IEC sur le traitement ambulatoire et le jour de la prochaine visite de contrôle médicale).

Exemple:

Si le malade présente un glaucome le médecin peut l'hospitaliser en urgence et démarrer le traitement médical ou une autre affection (kératite inflammatoire, uvéite....)

Si le patient présente une cataracte peut lui demander faire un bilan à l'externe et revenir pour interprétation de bilan et avoir un rendez vous d'hospitalisation.

II- A l'hôpital:

La liste des hospitalisés de cette journée sont sur l'agenda du major, ils seront accueillis par ce dernier ou une infirmière pour les placer dans leur lit après inscription au bureau d'admission de l'hôpital.

Dans les salles, ils seront préparés pour être opérés le lendemain cette préparation comprend par exemple: les constantes (TA, TO, AV, VL, champ opératoire selon les habitudes du service), préparation psychologique, l'avertir pour rester à jeun.

***Si le malade va être opéré pour cataracte:**

- **Rappelons que l'intervention est programmée;** Après avis du médecin et l'anesthésiste.
- La veille de l'intervention, l'IDE instille, sur prescription médicale, un collyre anti-inflammatoire non stéroïdien (type indocollyre) qui diminue l'œdème maculaire en post-opératoire et favorise l'action des mydriatiques instillés une heure avant l'intervention.
- A l'intérieur du bloc opératoire l'IDE doit préparer la salle (matériel stérile et fongible, table opératoire, scialytique, biomicroscope chirurgicale, collyres et pommade, la table d'instruments aseptiquement.
- Aider le chirurgien pour l'habillage aseptiquement ainsi que son aide.
- Installer le malade sur la table et servir sur demande.

- Faire le soin final après l'intervention chirurgicale.
- Inscrire les références de l'opérer sur le registre du compte rendu opératoire selon les directives du médecin.
- Transporter le patient dans son lit là où il sera réceptionné par l'infirmier de salle qui le surveillera selon le mode d'anesthésie qu'il a subi.

La prévention des complications post-opératoires consiste à la surveillance locale. Le médecin fera le premier pansement de la même journée opératoire (1^{ère} visite) pour voir es-ce que si tout va bien. L'IDE note la présence de larmoiement, de rougeur, de douleur.

La complication la plus courante est une fuite au niveau des points de sutures (du surjet). L'IDE devra donc effectuer un pansement compressif sur avis du médecin.

Sur prescription, l'IDE instille les collyres : indocollyre, maxidrol, mydriaticum ou tropicamide (dilatation à action rapide : 10 minutes, mais à durée brève : 3 à 4 heures).

Le j1 l'IDE prépare la visite du matin (chariot, dossiers, bulletins de sorties, antiseptique coton et compresses stériles, le médecin décide soit une reprise, continuer le traitement, sortie de malades.....).

La durée d'hospitalisation est de 2 à 3 jours, des fois le malade peut sortir le même jour (hôpital du jour), nous planifions un rendez-vous de consultation avec le chirurgien 15 jours après la sortie d'hospitalisation, le bulletin de sortie comprend (renseignements du malade, date d'entée, de sortie dg (implanté ou non) traitement à suivre et date de contrôle).

Le coté administratif, le major doit remettre la liste des sortants de la journée au bureau d'admission pour éventuelle facturation tandis que le dossier du malade est gardé sous la responsabilité du major aux archives du service.

*** Pour les Glaucomes:**

1) Pour un Glaucome Aigu à Angle Fermé:

Maladie caractérisée par l'augmentation de la pression des liquides contenus dans l'oeil (tension intraoculaire).

- Un principe à retenir absolument : NE JAMAIS INSTILLER DE MYDRIATIQUES
- A l'entrée l'IDE prélève du sang pour bilan un ionogramme sanguin de référence puis le

traitement médical est instauré en urgence : l'IDE suit la prescription de mannitol 20% en flash et donne le traitement par diamox avec une surveillance

identique à celle vue au chapitre II. (Soins infirmiers spécifiques aux DR).

- L'IDE instille un collyre myotique : pilocarpine 2% dans l'œil en crise selon le protocole suivant :
 - La première heure : 1 goutte toutes les 10 minutes puis 1 goutte 6 fois par jour.
 - Dans l'œil sain, il instille 1 goutte 3 fois par jour en préventif.
- Les patients peuvent se plaindre d'un brouillard visuel, de douleurs oculaires plus ou moins prolongées lors de l'instillation. En effet le myosis est intense avec un spasme du corps ciliaire très gênant. Il faut donc prévenir le patient pour le rassurer.
- L'IDE surveille la tension artérielle car une TA correcte contribue à lutter efficacement contre la tension oculaire ; en outre elle assure une bonne vascularisation du nerf optique.
- L'IDE doit dédramatiser et rassurer afin de diminuer l'angoisse du patient.

2) Pour un Glaucome Chronique à Angle Ouvert:

(((Définition:

Le glaucome chronique est caractérisé par une destruction progressive du nerf optique sous l'influence de plusieurs facteurs de risque dont le plus fréquent est l'hypertonie oculaire.

Les trois signes principaux de la maladie sont classiquement :

- 1. l'élévation pathologique de la pression intraoculaire,**
- 2. l'élargissement de l'excavation de la papille (dépression caractéristique de l'extrémité du nerf optique) par destruction des fibres nerveuses qui le composent,**
- 3. les altérations du champ visuel, dont la topographie et la profondeur sont directement corrélées à l'atteinte du nerf optique.)))**

L'élévation du tonus oculaire est au long cours, il n'y a pas de symptôme, pas de douleur avec un angle irido-cornéen normal c'est à dire ouvert.

- La veille de l'intervention (trabéculéctomie) l'IDE vérifie l'arrêt des collyres type timoptol selon le médecin. Cet arrêt a peu d'intérêt d'un

point de vue oculaire strict si ce n'est en post opératoire pour vérifier l'efficacité de l'intervention, mais c'est une garantie pour l'anesthésie générale. "Le traitement bêta-bloquant induit un risque majeur d'arrêt cardiaque lors de l'induction".

- La durée de l'hospitalisation est de 4 à 5 jours environ selon l'évolution.
- Nous planifions un rendez-vous de consultation avec le chirurgien 15 jours après la sortie d'hospitalisation.

Rôle de l'infirmier dans les affections suivantes:

Conjonctivites:

Définition:

La conjonctive est une membrane muqueuse qui recouvre l'ensemble de la partie apparente du globe oculaire, à l'exception de la cornée. Elle se réfléchit sur la partie interne des paupières au niveau des culs-de-sac conjonctivaux.

La conjonctive est exposée aux infections mais sa défense est solide. Les larmes, riches en anticorps, ont également un rôle de lavage et de dilution.

Les conjonctivites microbiennes

Les conjonctivites virales

Les conjonctivites allergiques

Les conjonctivites traumatiques

Les signes de la maladie

Les conjonctivites de l'enfant débutent par:

une sensation de cuisson ou de corps étrangers.

Un larmoiement apparaît et la mère constate le matin une sécrétion jaunâtre qui agglutine les cils.

Les conjonctives sont rouges surtout lorsqu'on éverse les paupières inférieures.

Le "blanc de l'oeil" est souvent rouge aussi, surtout à l'angle interne.

1-

2- Surveillance du traitement:

On doit surveiller l'efficacité du traitement en respectant exactement l'horaire des soins prescrits exemple en cas de:

[?] Les conjonctivites microbiennes

Elles sont soit primitives soit la conséquence de la surinfection d'une conjonctivite traumatique ou virale.

La sécrétion est franchement purulente.

La petite boule de pus au niveau de l'angle interne de l'oeil inquiète souvent la mère...

Parfois, les yeux sont collés le matin au réveil par des sécrétions purulentes.

Une rhino-pharyngite est parfois associée.

Les germes responsables peuvent être identifiés par le prélèvement bactériologique du pus : streptocoque, staphylocoque, proteus etc...

Les collyres antibiotiques traitent rapidement ces conjonctivites à condition d'effectuer des instillations fréquentes toutes les heures ou les 2 heures.

Une pommade ophtalmique est utile pour la nuit.

[?] Les conjonctivites virales

Les virus de type APC (adéno-pharyngo-conjonctivite) sont de plus en plus fréquents.

L'adénovirose de type 3 entraîne une fièvre, un malaise général, une pharyngite, une conjonctivite et de multiples petits ganglions cervicaux. La maladie dure 10 jours.

La kérato-conjonctivite épidémique due à l'adénovirus de type 8 est très contagieuse.

Il n'y a pas de sécrétion purulente. Par contre, le larmoiement et la photophobie (la lumière lui fait mal aux yeux) sont très marqués.

Il n'y a pas de traitement spécifique et seule l'instillation régulière de collyres antiseptiques est indiquée.

La guérison survient généralement en 3 à 4 semaines bien que certaines formes puissent évoluer durant des mois.

Certaines conjonctivites accompagnent la varicelle ou la rougeole.

L'infection herpétique est grave.

[?] Les conjonctivites allergiques

Les conjonctivites "printanières" sont très difficiles à traiter.

Elles surviennent par poussées, le printemps ou l'été, pendant plusieurs années consécutives. Les garçons sont plus touchés que les filles à partir de 4 ou 5 ans.

La photophobie, le larmoiement et le prurit sont très intenses.

L'enfant a la tête baissée et se protège les yeux contre la lumière. Il ne peut s'empêcher de les frotter lors des poussées douloureuses.

Le traitement consiste en l'instillation de collyres aux corticoïdes en cas de poussée aiguë. Ces collyres doivent être utilisés avec précaution car ils favorisent le développement de surinfections virales, microbiennes ou mycosiques. Seul l'ophtalmologiste doit les prescrire car leur utilisation par des parents bien intentionnés, mais ignorants en matière d'ophtalmologie, risque d'entraîner de très graves ennuis (herpès cornéen notamment).

Les collyres sédatifs, à base de vasoconstricteurs faibles, sont suffisants dans les cas banals. Le collyre au cromoglycate disodique donne d'excellents résultats. De petites cures d'antihistaminiques sont utiles. La désensibilisation et la cryothérapie sont proposés. Les crises disparaissent à l'âge adulte.

Le coryza spasmodique se traduit par un écoulement nasal clair, un larmoiement intense et une conjonctivite folliculaire. Une allergie aux graminées est en général responsable de cette pollinose aiguë.

Les conjonctivites par pneumallergènes (poussières de maison, acariens, plumes, poils d'animaux...) sont fréquentes. Elles se traduisent par un

larmoiement, une photophobie, une sensation de graviers sous les paupières.

[?] Les conjonctivites traumatiques

La projection de sable dans les yeux sur la plage, un corps étranger (brin de paille, barbe d'avoine, poils de chenilles etc.) provoquent des conjonctivites. La conjonctive est rouge.

On effectuera un lavage soigneux des culs-de-sacs et l'ophtalmologue préconisera un collyre antiseptique.

Trachome:

1- Prévention et IEC:

Il a été prouvé qu'une bonne hygiène personnelle ainsi qu'une bonne hygiène du milieu sont efficaces pour combattre le trachome. On a montré que le fait d'encourager le lavage du visage des enfants, l'amélioration de l'accès à l'eau et l'élimination des déchets humains et animaux diminuent le nombre d'infections par le trachome dans les communautés.

L'objectif de l'OMS pour l'élimination du trachome d'ici l'an 2020, L'OMS a adopté, avec une alliance de parties intéressées, la stratégie:

***SAFE:** Surgery, Antibiotics, Face Washing, Environmental change

***CHANCE :** Chirurgie, Antibiotiques, se Nettoyer le visage, Changer l'Environnement

Il peut se résumer en 4 grandes étapes avec des objectifs bien précis à chacune d'elles :

CH : Chirurgie pour le trachome trichiasis. Le but est ici de réduire la cécité causée par le trachome

A : Antibiotiques (l'azithromycine, un nouvel antibiotique sous forme de pommade ophtalmologique à la tétracycline, a été testé dans un nombre de pays et les résultats initiaux sont très prometteurs).

N : Se Nettoyer le visage. Sensibiliser les enfants de 1 à 9 ans sur l'importance de l'hygiène dans la prévention du trachome.

CE : Changer ou Amélioration de l'Environnement pour se débarrasser de la maladie.

2- Surveillance du traitement:

On doit surveiller l'efficacité du traitement par les contrôles périodiques.